

## Behandeling van ernstige tabaksafhankelijkheid in de verslavingszorg

### Een praktijkonderzoek

P.G. Tromp-Beelen · J.A. Schippers · W.A.J.M. de Wildt ·  
G.M. Schippers

Welke rol kan de verslavingszorg spelen in de behandeling van ernstige verslaafde tabaksgebruikers? In 2002 startte een praktijkonderzoek van de Jellinek, Instelling voor Verslavingszorg te Amsterdam, onder verstokte rokers met als doel de uitvoerbaarheid en het resultaat van een behandeling in de verslavingszorg vast te stellen. Volgens de behandelaars is de behandeling goed uitvoerbaar, maar er moeten wel enkele aanpassingen aan het protocol worden gedaan. Opvallend was dat de verslavingsafhankelijkheid bij tabaksgebruikers door bijna alle behandelaars veel hardnekkiger en moeilijker te doorbreken werd bevonden, dan wat men gewend was bij andere verslavingen.

Tabaksafhankelijkheid is een ernstige verslaving die voldoet aan de criteria van de ICD-10 en DSM-IV en die veel gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Vele rokers, ook rokers met lichamelijke aandoeningen die met het roken verband houden, hebben vergeefs meerdere pogingen gedaan te stoppen met roken. De verslavingszorg heeft de kennis en ervaring om verslaving en verslavingsgedrag te behandelen, zowel met gedragsveranderingmethoden als met medische begeleiding en farmacologische ondersteuning. Behandeling in de verslavingszorg kan een aanvulling zijn op het huidige aanbod van hulp bij stoppen met roken. In het kader van *stepped care* moet de verslavingszorg zich richten op de groep met ernstige tabaksafhankelijkheid (CBO, 2004).

In 2002 heeft de Jellinek, Instelling voor Verslavingszorg te Amsterdam, subsidie gekregen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het uitvoeren van een behandeling bij cliënten met ernstige tabaksafhankelijkheid. Over het project is uitvoerig

gerapporteerd in het verslag aan het Ministerie (Tromp-Beelen, 2004). In deze bijdrage schetsen we de onderzoeksopzet en de voornaamste resultaten.

Doel van het praktijkonderzoek was het vaststellen van de uitvoerbaarheid en het resultaat van behandeling van ernstige tabaksafhankelijkheid in de verslavingszorg. Er werd cognitief-gedragstherapeutische behandeling aangeboden, deels met farmacologische ondersteuning.

De vraagstellingen waren als volgt omschreven:

#### Doelgroep

1. Wat zijn de sociaaldemografische kenmerken, comorbiditeit, het rookgedrag en ernst van de tabaksafhankelijkheid van de behandelden?
2. In hoeverre zijn de verwezen cliënten volgens hen zelf en volgens de behandelaars geschikt voor behandeling in de verslavingszorg?

#### Behandelaanbod

2. Welk deel van de cliënten worden geïndiceerd voor een kortdurende behandeling en welk deel voor een langer durende behandeling?
3. Wie ontvangt farmacologische behandeling?
4. Is een dergelijke behandeling praktisch uitvoerbaar in de ogen van hulpverleners met expertise op verslavingsgebied?

#### Uitkomsten

1. Hoe tevreden zijn de cliënten over de ontvangen behandeling?
2. Welk deel van de cliënten rondt de behandeling volgens protocol af?
3. Wat is het resultaat van de behandeling wat betreft het rookgedrag?

P.G. Tromp-Beelen, en, (✉)

P.G. Tromp-Beelen, huisarts en verslavingsarts, Jellinek  
Instelling voor Verslavingszorg

## Opzet van het onderzoek

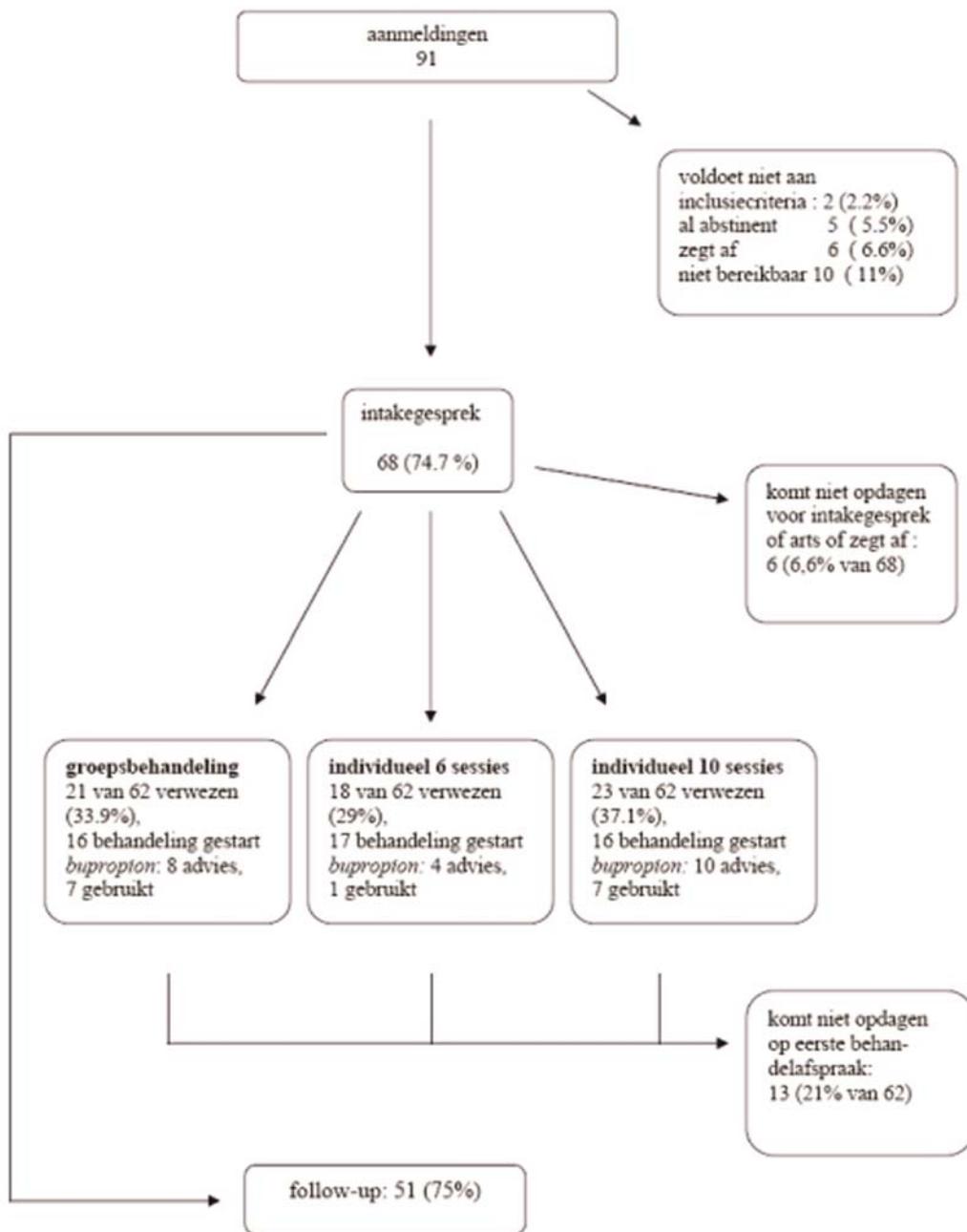
### Deelnemers

Voor het ‘Stoppen met roken’ project meldden zich eenennegentig cliënten (figuur 1). Van de deelnemers werd 48,5% geworven via de Rookstoppolikliniek van het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam (SVZ), 10,3% via het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis in Amsterdam

(OLVG), 20,6% via een verwijzing van de huisartsen van het eerste lijns consultatieproject in Amsterdam, 10,3% via Jellinekmedewerkers, en 16,2% kwam op eigen initiatief.

### Inclusiecriteria

Om aan de behandeling te kunnen deelnemen moest er sprake zijn van:



**Figuur 1** . Stroomdiagram cliënten

1. een ernstige tabaksafhankelijkheid (meer dan één pakje sigaretten per dag en diverse mislukte stoppogingen) en verwiesen door de huisarts;
2. een medische co-morbiditeit, waarbij stoppen met roken is geadviseerd, met een verwijzing door de huisarts, longarts, cardioloot, vaatspecialist of internist.

## Instrumenten

### *Algemene intake (of assessment) en indicatiestelling psychosociale behandeling*

Bij de intake werd bij elke cliënt een verkorte vorm van de *European Addiction Severity Index (EuropASI)* afgeno-men. Ook kregen zij de *Rookvragenlijst* voorgelegd.

De *EuropASI*(Hartgers, Hendriks & Van der Meer, 1994) geeft een profiel van de ernst van problemen op verschillende leefgebieden. De *Rookvragenlijst* (Mayo Clinic) bevat vragen over het rookgedrag, eerdere stoppogingen, gezondheidsklachten en verdere specifieke kenmerken van tabaksverslaving.

De indicatiestelling voor de psychosociale behandeling gebeurde als volgt: cliënten die nog geen eerdere stoppoging onder begeleiding hadden gevuld, kwamen in aanmerking voor de korte behandeling van zes sessies, in een groep of individueel. Cliënten die wel eerdere pogingen met begeleiding hadden ondernomen, kregen een individueel aanbod van tien sessies. Als er sprake was van ernstige psychopathologie (naar aanleiding van de *EuropASI*), of als cliënten gebrekkig of geen Nederlands spraken, kregen zij een verwijzing naar een lang individueel aanbod.

### *Medische intake en indicatiestelling farmacologische ondersteuning*

Na de algemene intake kregen alle cliënten een medische intake. In de anamnese betreffende het roken werden opgetekend: het aantal sigaretten, het aantal gebruiksjaren, eerdere stoppogingen, ervaring bij eerdere stoppogingen en of hierbij hulpmiddelen waren gebruikt. Er werd gevraagd naar het gebruik van andere verslavende middelen, gevolgd door een anamnese van de medische en psychiatrische voorgeschiedenis.

Op indicatie vond lichamelijk onderzoek plaats, evenals bloedonderzoek en/of een thoraxfoto. Vervolgens kregen de cliënten voorlichting over de medische gevolgen van roken, over de achtergronden van tabaksafhankelijkheid en de medische/psychische gevolgen van stoppen met roken. Beoordeeld werd of farmacologische ondersteuning geïndiceerd was en/of er contra-indicaties waren. Gezien het veel voorkomen van co-morbiditeit en de daarmee gepaard gaande medicatie was, als

farmacologische ondersteuning gewenst was, het eerste advies om nicotinevervangende middelen te gebruiken. Dit advies werd vooral gegeven als uit de anamnese bleek dat dit tot nu toe onvoldoende gedoseerd was geweest en/of te kort was gebruikt.

Uit onderzoek is gebleken dat gebruik van nicotine-vervangende middelen het resultaat van de behandeling verbetert (CBO, 2004). Indien de nicotinevervangende middelen niet voldoende waren of niet bevielden, en er geen contra-indicatie was voor van bupropion<sup>1</sup>, werd dit middel voorgeschreven of toegevoegd (CBO, 2004). Met deze cliënten werden vervolgonculten afgesproken.

De medische consulten waren volledig geprotocolleerd volgens de *Medische module Stoppen met Roken* (Tromp-Beelen, 2002).

## Behandelingen

### Psychosociale behandeling

Evenals bij de behandeling van alcohol- en drugafhanke-lijkheid wordt gebruik gemaakt van de principes en technieken van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) en van cognitieve gedragstherapie. Deze methodieken zijn effectief bevonden bij het stoppen met roken (Willemsen, Wagena & Van Schayck, 2003, CBO 2004). Er wordt onderscheid gemaakt tussen motivering, het doorbreken van rookgedrag door zelfcontrolestraining (zelfobservatie, stimuluscontrole strategieën, gedragscontracten en zelfbeloning) en terugvalpreventie.

De behandelingen waren aangepaste varianten (Riet-dijk & De Wildt, 2002) van de geprotocolleerde leef-stijltrainingen die in de verslavingszorg worden gebruikt (De Wildt, 2000; De Wildt, 2001). Kortdurende behandeling bestond uit zes gesprekken en werd zowel in groepsverband als individueel toegepast. De langer durende behandeling bestond uit tien individuele gesprekken. Deze behandeling bood de mogelijkheid tijdens één sessie een steunende persoon mee te nemen, en meer aandacht te besteden aan de programmaonderdelen dan in de korte behandeling. Alle behandelingen waren geheel geprotocolleerd.

De psychosociale behandeling werd gegeven door ervaren hulpverleners op het gebied van verslavings-zorg, werkzaam als behandelaars bij het team ambu-lante behandeling van de Jellinek. Voorafgaand aan het project kregen zij een training op het gebied van tabaksafhankelijkheid.

<sup>1</sup> Zyban®

## Farmacologische behandeling

De farmacologische behandeling bestond uit adviezen over het gebruik van nicotinevervangende middelen en/of het voorschrijven van bupropion. De cliënten moesten deze middelen zelf betalen.

Wanneer nicotinevervangende middelen werden geadviseerd in de vorm van pleisters ging het om de hoogste dosering. Bij het roken van meer dan één pakje sigaretten per dag zelfs dagelijks twee pleisters. Dit werd in een periode van zes weken tot een paar maanden aangebouwd, afhankelijk van de aanvangsdosering en de mate van ontwenning. Daarnaast was het advies om naast de pleisters kortwerkende nicotinevervangende middelen zoals nicotinekauwgom of -tabletten te gebruiken op momenten van hevige craving(hunkering).

Bupropion werd gedoseerd volgens de richtlijnen van de farmaceutische industrie: de eerste zes dagen eenmaal daags één tablet, en vervolgens tweemaal daags één tablet gedurende in totaal 7-9 weken. Een enkele maal werd om reden van leeftijd, of co-morbiditeit of wens van de cliënt gedurende de gehele periode eenmaal daags één tablet geslikt. De cliënten die bupropion kregen voorgeschreven werden regelmatig gezien door de arts in verband met het bijhouden van het gebruik, bijwerkingen en voor verdere voorschriften. Een aantal cliënten gebruikte zowel bupropion als nicotinevervangende middelen.

## Opname

Vijfmaal werd opname geadviseerd omdat stoppen in de eigen omgeving niet verantwoord of haalbaar leek. De indicatie was gebaseerd op gegevens uit de anamnese, zoals ervaringen tijdens eerdere stoppogingen en/of ernstige somatische co-morbiditeit en/of andere verslavingen. Bij twee cliënten gebeurde dit op basis van de bevindingen tijdens de ambulante behandeling.

## Evaluatie

Aan het eind van de behandeling werd er door de behandelaren een evaluatieformulier ingevuld evenals door de cliënten. De behandelaren werden gevraagd naar de praktische uitvoerbaarheid. Dit betrof onder meer de ernst van de afhankelijkheid, de motivatie van de cliënten en de toepasbaarheid van de protocollen. De cliënten werden gevraagd naar de tevredenheid over de behandeling. Drie maanden na behandeling werden alle verwijzen cliënten telefonisch benaderd met een standaardvragenlijst. Degenen die niet werden bereikt, kregen de follow-up vragenlijst toegestuurd.

## Resultaten

### Kenmerken behandelden

Van de 68 cliënten die voor behandeling in aanmerking kwamen lag de leeftijd tussen de 33 en 68 jaar, met een gemiddelde van 48,6 ( $sd = 9,32$ ). Het percentage vrouwen bedroeg 51,5%. Allen waren afhankelijk van nicotine volgens de criteria van de DSM-IV (APA, 1994) en hadden meerdere pogingen ondernomen om te stoppen met roken. Het gemiddeld aantal pakjaar bedroeg 42,6 ( $sd = 26,5$ ) waarbij 1 pakjaar staat voor 1 jaar à 20 sigaretten per dag. Meer dan driekwart had ten minste één en 40,0% meer dan één ziekte die gerelateerd kan worden aan roken (zie tabel 1). Vooral longproblemen (35,5%) en hart- en vaatziekten (44,1%) kwamen veel bij deze groep voor. Van de onderzochte groep had ruim de helft psychische of emotionele klachten (zie tabel 2).

Eén op de 10 cliënten had klachten uit meer dan één categorie. Stemningsklachten en angstklachten kwamen het meeste voor (resp. 32,4 en 20,6%). Wat betreft psychische klachten ging het om een ernstige groep cliënten. Dat blijkt uit het feit dat daarnaast 7,3% van de cliënten

**Tabel 1** . Medische klachten

totaal	meer dan één categorie	long problemen	hart- en vaat ziekten	risico hart- en vaat ziekten	diabetes	keel-,neus- en oor-problemen	andere problemen	zwanger
75,4%	40,0%	35,3%	44,1%	8,9%	14,7%	10,3%	16,1%	1%

**Tabel 2** . Psycho-emotionele klachten en relatie/sociale problemen

psychische of emotionele problemen totaal	meer dan één categorie	stemmings klachten	angstklachten	schizofrenie, aanverwante stoornissen en/of andere psychotische klachten	sociale en/of relatie problemen
52,3%	10,3%	32,4%	20,6%	7,3%	7,4%

**Tabel 3** Problemen met middelengebruik

nu en in het verleden	behandeling	op moment van aanmelding	alcohol	benzodiazepinen	alcohol én benzodiazepinen	cannabis
44,1%	Ca 33%	29,4%	10,3%	11,7%	5,9%	1,5%

leed aan schizofrenie of aanverwante stoornissen of last had (gehad) van andere psychotische verschijnselen. Het percentage cliënten met relatie of sociale problemen bedroeg 7,4.

Naast tabaksafhankelijkheid was er bij een aanzienlijk deel van de cliënten (44,1%) nu of in het verleden, sprake van ander problematisch middelengebruik (alcohol<sup>2</sup>, benzodiazepinen<sup>3</sup>, cannabis, opium, gokken) (zie tabel 3).

Ongeveer eenderde van deze cliënten was vanwege alcoholproblemen in behandeling geweest in de verslavingszorg, waarvan enkelen zeer recent. Op het moment van aanmelding gebruikten twintig cliënten (29,4%) naast tabak, één of meerdere middelen overmatig. Zeven cliënten dronken overmatig alcohol, acht cliënten slikten chronisch benzodiazepinen, bij vier cliënten was sprake van overmatig alcohol- én benzodiazepinengebruik en één cliënt was afhankelijk van cannabis. Een aantal cliënten was zich niet bewust van hun overmatig middelengebruik.

Samengevat kan gesteld worden dat bij de bereikte groep de ernst van de tabaksafhankelijkheid hoog was en dat bij een meerderheid van de rokers sprake was van somatische en/of psychische co-morbiditeit. Naast het roken was er bij een deel van de cliënten sprake van overmatig gebruik van andere middelen.

#### Geschiktheid cliënten voor behandeling in de verslavingszorg

Van de aangemelde 91 cliënten, zijn er 68 verwezen naar een behandeling (74,7%). Zoals weergegeven in figuur 1 bleken na telefonische (in een enkel geval schriftelijke) aanmelding twee cliënten die zichzelf hadden aangemeld, niet te voldoen aan de inclusiecriteria. Vijf cliënten waren al gestopt met roken, zes zegden telefonisch af en tien cliënten bleken niet bereikbaar. Vijf zegden af of bleven weg na één van de intakegesprekken en één zag af van behandeling na de gehele intake.

<sup>2</sup> Problematisch alcoholgebruik: vrouwen > 21 consumpties per week en mannen > 35 consumpties per week (WHO norm voor hoog riskant alcoholgebruik)

<sup>3</sup> Chronisch benzodiazepinengebruik: langer dan 3 maanden dagelijks gebruik (Zitman, 2001)

#### Geïndiceerd voor kort- en langer durende behandeling

Van de 68 cliënten die voor een intake gesprek waren uitgenodigd, zijn er 62 verwezen naar één van de drie behandelingen voor ‘Stoppen met roken’ (zie figuur 1). Van deze cliënten werd 33,9% verwezen naar een groep; 29% naar een individueel kortdurende behandeling; en 37,1% naar een individueel langer durende behandeling. De indicatiestelling vond plaats basis van de indicatiecriteria (zie algemene intake). De wens van de cliënt en organisatorische overwegingen werden betrokken in de verwijzing.

#### Indicatie farmacologische behandeling

Vierenveertig cliënten (64,7%) werden geïndiceerd voor farmacologische ondersteuning (bupropion en/of nicotinevervangende middelen). Bijna eenderde van de cliënten (32,4%) kreeg het advies nicotinevervangende middelen te gebruiken, een kwart (25%) kreeg advies voor het gebruik van bupropion. Vijf cliënten (7,4%) kregen het advies om zowel nicotinevervangende middelen als bupropion te gebruiken.

Het gebruik van de nicotinevervangende middelen werd niet begeleid, waardoor het gebruik ervan alleen door navraag bij de cliënten werd geregistreerd. Regelmäßig gaven cliënten aan dat ze de nicotinevervangende middelen en/of bupropion te duur vonden en begonnen er om deze reden niet mee of stopten voortijdig.

Van de groep cliënten die bupropion geadviseerd (voorgeschreven) kreeg zijn zeven cliënten (41,2%) niet begonnen, tien cliënten (58,8%) hebben het kortdurend (slechts een paar weken) geslikt en vijf cliënten (29,4%) hebben het langdurig (2-3 maanden) gebruikt.

#### Praktische uitvoerbaarheid behandeling

In een korte periode hebben we de doelgroep weten te bereiken en voor deze cliënten was behandeling in de verslavingszorg geen grote barrière.

Volgens het merendeel van de behandelaars (88,9%) is behandeling in de verslavingszorg goed uitvoerbaar, mits enkele aanpassingen aan het protocol worden gedaan.

De afhankelijkheid werd door bijna alle behandelaars beoordeeld als veel hardnekkiger en moeilijker te doorbreken dan wat men gewend was bij andere verslavingen. Cliënten vonden het heel moeilijk om te stoppen, maar

vooral ook om abstinent te blijven en hadden vaak vele mislukte stoppogingen gedaan.

Motivatie is een belangrijk probleem: cliënten zijn veelal gestuurd door de huisarts of specialist en ervaren de korte termijn last als gering.

### Cliënttevredenheid

Het gemiddelde rapportcijfer van de cliënten voor de behandeling was een 7,0. In de follow-up zou een kwart van de cliënten (23,5%) die rookten bij een volgende stoppoging opnieuw hulp vragen van de verslavingszorg. Verder gaven 24 van de cliënten (47,1%) in de follow-up aan dat zij tevreden waren over de psychotherapeutische behandeling, acht cliënten (16,3%) waren niet tevreden en negentien (38,8%) gaven geen mening.

### Behandeltrouw

Van de 68 verwezen cliënten kwamen negentien cliënten (27,9%) niet aan bij de behandeling waarvan zes al tijdens de intakefase wegbleven.

Van de overgebleven 49 cliënten volgden 28 (57,1%) de helft of meer sessies van de behandeling, waarvan twintig cliënten (40,8%) driekwart of meer van de sessies bezochten en dertien cliënten (26,5%) de behandeling geheel af maakten.

Van de cliënten met een opname-indicatie moesten twee hiervan afzien vanwege opname in een algemeen ziekenhuis, één brak de behandeling af en twee zagen van de opname af.

### Resultaat van de behandeling

Direct na de behandeling waren 17 (43,7%) cliënten abstinent. Uitgesplitst naar behandelcategorie was aan het einde van de kortdurende groepsbehandeling bijna de helft (43,8%) gestopt met roken, bij de individuele kortdurende behandeling eenderde (35,3%) en bij de langer durende individuele behandeling 25% (4 cliënten) (zie tabel 4). Het deel van de cliënten dat aan het eind van de behandeling rookte, was gedurende de behandeling wel enige tijd gestopt (67,3%).

**Tabel 4** . Resultaten aan het eind van de behandeling

	groep kort	kort indiv.	lang indiv.	totaal
aantal cliënten totaal	16	17	16	49
gestopt tijdens behandeling	13 (= 81,6%)	10 (= 58,8%)	10 (= 62,5%)	33 (= 67,3%)
nog steeds gestopt eind behandeling	7 (= 43,8%)	6 (= 35,3%)	4 (= 25,0%)	17 (= 34,7%)

### Abstinentie bij follow-up

Van de 68 cliënten zijn er 51 (75%) bereikt voor follow-up. Van deze 51 cliënten hadden veertien cliënten (27,5%) het gebruik belangrijk geminderd in de periode tussen de behandeling en de follow-up (zie figuur 2). Twaalf cliënten (23,5%) waren bij de follow-up, ca. drie maanden na de behandeling, ten minste vier weken abstinent. Als we ervan uitgaan dat al de niet-bereikte cliënten niet met roken zijn gestopt, was 17,6% van de 68 cliënten die verwezen was voor de behandeling en 24,5% van de 49 behandelden, na drie maanden abstinent. Het aantal weken abstinentie bij de follow-up lag tussen de 4 en de 44 weken. Het gemiddelde aantal abstinentie weken was 26,7, sd 14,28.

Acht cliënten waren continu (zes maanden of langer) abstinent vanaf de behandeling (11,8% van 68 en 16,3% van 49). Het aantal weken abstinentie was 35,4 weken (sd = 5,42).

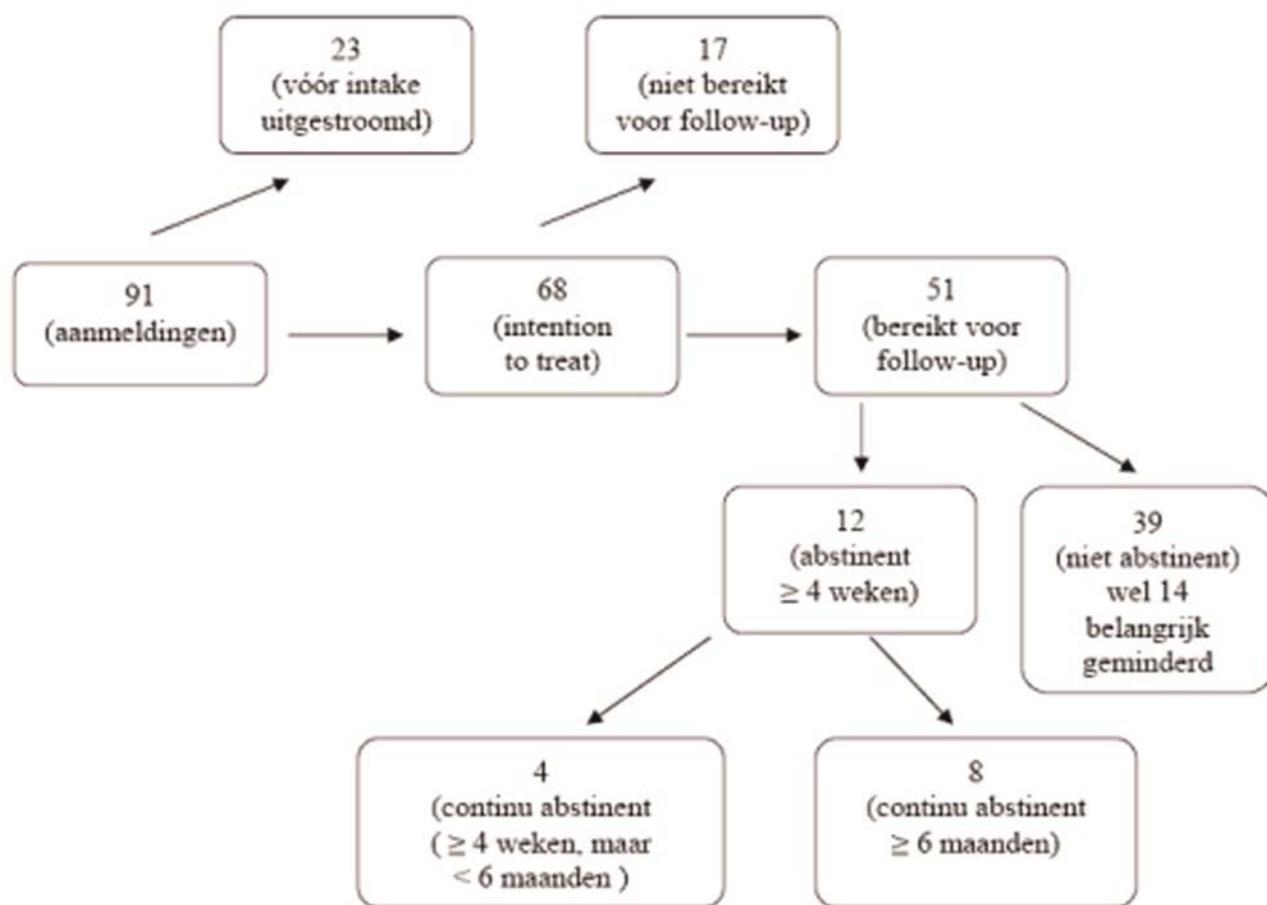
De gemiddelde stopduur, gemeten ca. drie maanden na de behandeling, was negen weken, sd 13,29. Negen cliënten (18,4% van 49) stopten 16 weken of langer, dit is 13,2% van het totaal, bij elf cliënten (22,4%) lag de stopduur tussen de één en acht weken. Van het aantal cliënten dat stopte tijdens de behandeling, maar tijdens de follow-up weer rookte (14), waren acht mensen (57,1%) ten minste zes weken abstinent, met een maximum van 16 weken (twee cliënten, 20%).

### Abstinentie, farmacotherapie en leefstijltraining

Van de acht cliënten die zes maanden of langer continu abstinent waren, hadden er vier geen hulpmiddelen gebruikt, twee nicotinevervangende middelen, één bupropion en één cliënt nicotinevervangende middelen én bupropion. Van deze acht hadden vier de groepsbehandeling ondergaan, twee de individueel kortdurende behandeling, en twee de individueel langer durende behandeling. Gezien de aantallen kunnen hier geen conclusies uit worden getrokken.

### Beschouwing

Dit onderzoek suggereert dat de behandeling van tabaksafhankelijkheid in de verslavingszorg mogelijk is en redelijke resultaten oplevert (Willemse, Wagena, Van



Figuur 2. Stroomdiagram resultaten bij follow-up

Schayck, 2003). Voorzichtigheid is geboden vanwege de beperkingen van het onderzoek. Het ontbreken van een controlegroep maakt dat geen causale conclusies kunnen worden getrokken. De uitkomstmeting is op korte termijn en op basis van telefonische zelfrapportage gedaan. We kunnen daarom geen uitspraken doen over de behandelresultaten op langere termijn.

Behandeling in de verslavingszorg bereikt de doelgroep: ernstige tabaksafhankelijkheid met veel somatische en psychische co morbiditeit. Enerzijds is deze groep moeilijker te behandelen, anderzijds is het belang om te stoppen met roken voor deze groep groter. Naast de tabaksafhankelijkheid was vaak sprake van ander problematisch middelengebruik. Ook uit de literatuur is bekend dat zware rokers vaker een alcoholprobleem hebben (Tromp-Beelen, 2005) en dat stoppen voor deze groep moeilijker is (Daeppen, 2000, Marks, 1997). In onze groep ging het vooral om overmatig alcoholgebruik en chronisch benzodiazepinengebruik. De cliënten waren zich niet altijd bewust van het overmatige middelengebruik. In de toekomst kunnen

cliënten gemotiveerd worden om ook voor deze problematiek behandeld te worden. Het is nog onduidelijk of een gelijktijdige of een gefaseerde behandeling de voorkeur heeft (Joseph, 2004). Tijdens dit onderzoek is dit niet structureel gedaan. Het uitvoeren van tabaksbehandelingen in de verslavingszorg biedt echter wel een goede mogelijkheid om overmatig middelengebruik op te sporen en te behandelen.

De behandelaars geven aan dat deze cliëntengroep goed behandeld kan worden binnen de bestaande structuren van de verslavingszorg. De onderzochte groep lijkt wel extra veel ondersteuning nodig te hebben. Omdat de cliënten zo veel en zo vaak trek hebben, moet het zwaartepunt van de behandeling liggen bij motiveren tot stoppen, het versterken van het zelfvertrouwen en zelfcontroletraining en omgaan met craving en terugval. Als zodanig is de behandeling van tabaksafhankelijkheid goed op zijn plaats in de verslavingszorg. Psychotherapeutische interventies kunnen hier gekoppeld worden aan medische

begeleiding. Uit onderzoek blijkt dat een vergoeding van farmacotherapie het aantal mensen dat wil stoppen verhoogt, en het aantal succesvolle stoppogingen eveneens doet toenemen (Kaper e.a. 2003). In ons onderzoek zagen we cliënten die uit kostenoverwegingen de middelen niet wilden toepassen.

Gezien het huidige tabaksontmoedigingsbeleid en de recent gereedgekomen *Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving*(CBO 2004), zullen steeds meer artsen en andere medische beroepsgroepen hun patiënten adviseren om te stoppen met roken. Verslavingsinstellingen zouden mensen met ernstige tabaksafhankelijkheid, op verwijzing van een huisarts of een specialist, in behandeling moeten kunnen nemen en daarvoor de financiële mogelijkheden krijgen. Deze instellingen kunnen vervolgens een professioneel en structureel behandelaanbod doen.

## Casuïstiek

**Casus 1** Meneer Y., 38 jaar oud rookt sinds zijn 21e, nu rookt hij dagelijks 15-35 sigaretten. Daarnaast gebruikt hij al 10 jaar benzodiazepinen in verband met nachtelijke epilepsie. Meneer Y. heeft last van lichte kortademigheid, waarvoor hij medicatie krijgt. Reden voor aanmelding is een kinderwens, waarvoor IVF behandeling noodzakelijk was. Meneer Y. was geweigerd voor de behandeling vanwege de slechte kwaliteit van het sperma, waarvan de oorzaak gelegd werd bij het roken. Meneer Y. heeft al eerdere stoppogingen ondernomen met behulp van pleisters, een laserbehandeling en acupunctuur.

Hij krijgt een individuele behandeling en gebruikt één week nicotinevervangende middelen. Ten tijde van de evaluatie is hij zeven maanden gestopt en inmiddels geaccepteerd voor de IVF behandeling.

**Casus 2** Mevrouw K., 63 jaar oud, rookt 50 sigaretten per dag. Zij is begonnen met roken op haar 16e jaar en het is haar nooit gelukt langer dan één week te stoppen. Zij heeft al veel pogingen gedaan om van het roken af te komen onder meer met nicotinepleisters, bupropion, hypnose en acupunctuur. Mevrouw K. heeft in haar leven twee maal een hartinfarct gehad, is een keer gedotterd en heeft een bypassoperatie gehad in het linkerbeen. Zij heeft acht jaar geleden een herseninfarct gehad. Naast sigaretten gebruikt zij vijf tot zes glazen alcohol per dag en al vijf jaar dagelijks benzodiazepinen.

Vanwege de complexiteit van de verslaving, de vele mislukte stoppogingen in de eigen omgeving, ook bij ons tijdens de aanvankelijk individuele ambulante behandeling, wordt besloten tot opname. Mevrouw K. komt terecht op een algemene detoxificatieafdeling van

de verslavingskliniek. Ter ondersteuning van de abstinentie krijgt zij zowel bupropion als nicotinepleisters.

Na drie dagen geeft zij aan weg te willen; zij kan er niet tegen om medecliënten, die voor alcohol- of druggebruik waren opgenomen, te zien roken op het rokersbalkon.

Wat mevrouw K. wel als positief aan de opname heeft ervaren, is de steun die zij ervoer van de groepsgenoten. Na de opname is zij acht weken lang geminderd met sigaretten.

## Literatuur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4th ed.* Washington: American Psychiatric Association.
- De Wildt, W.A.J.M., (2000). *Leefstijltraining 1.* Nijmegen: Cure and Care Publishers.
- De Wildt, W.A.J.M., (2001). *Leefstijltraining 2.* Nijmegen: Cure and Care Publishers.
- Deappen, J.B., Smith, T.L., Danko, G.P. e.a. (2000). *Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol dependent men and women.* *Alcohol & Alcoholism* 35, 171-175.
- Hartgers, C., Hendriks, V., Van der Meer, C.W., e.a. (1994). Nederlandse vertaling van de Europese versie van de *Addiction Severity Index.* Amsterdam.
- Joseph, A.M., Willenbring, M.L., Nugent, S.M. e.a. (2004). A Randomized Trial of Concurrent versus Delayed Smoking Intervention for Patients in Alcoholic Dependence Treatment. *J of studies on alcohol*, 681-691.
- Kaper, J., Wagena, E.J., & Van Schaik, C.J. (2003). *Het effect van het vergoeden van ondersteuning voor stoppen met roken. Resultaten van een gerandomiseerd experiment.* Maastricht: Universiteit van Maastricht, Care and Public Health Research Institute.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2004). *Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving.* Utrecht.
- Marks, J.L., Hill, E.M., Pomerleau, C.S. e.a. (1997). Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and non-alcoholic ever smokers. *J Subst Abuse Treat* 14, 521.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour.* New York: Guilford.
- Rietdijk, E., & De Wildt, W. (2002). *Leefstijltraining stoppen met roken, handleiding trainer.* Amsterdam: Jellinek.
- The ICD classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. (1992). Geneva: World Heath Organisation.
- Tromp-Beelen, P.G. (2002). *Medische module stoppen met roken.* Amsterdam: Jellinek.
- Tromp-Beelen, P.G., & Weijers-Everhard, J.P. (2005). *Tabaksgebruik, gevolgen en bestrijding: verslaving* (pp. 265-282). Utrecht: Lemma.
- Tromp-Beelen, P.G., Schippers, J.A., De Wildt, W.A.J.M., & Schippers, G.M. (2004). *Intensieve interventies in de verslavingszorg voor ernstige tabaksafhankelijkheid.* Amsterdam: Jellinek.
- Willemse, M.C., Wagena, E.J., Van Schayck, C.P. (2003). De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(19), 917-922.
- Zitman, F.G. (2001). *Benzodiazepinen – nieuwe ontwikkelingen. Bijblijven*, 17, 56-64.